

Année 1924

THÈSE

No 346

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

S. RAITER

Né le 13 Février 1896 en Roumanie

SUR DEUX CAS DE POLYDACTYLIE

(CINQUIÈMES DOIGTS ET ORTEILS

AVEC GROS ORTEIL SUPPLÉMENTAIRE)

Président de thèse : M. le Professeur A. BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924

148

344

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1924

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

S. RAITER

Né le 13 Février 1896 à Husi (Roumanie)

SUR DEUX CAS DE POLYDACTYLIE

(CINQUIÈMES DOIGTS ET ORTEILS

AVEC GROS ORTEIL SUPPLÉMENTAIRE)

Président de thèse : M. le Professeur A. BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924



LE DOYEN..... M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgie ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgie ¹ .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgie ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgie ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgie ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgie ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUGLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE. — A MON PERE

Dont la vie toute de labeur et de probité
restera pour nous le plus grand exemple.
Qu'ils veuillent bien trouver ici le
témoignage de notre profonde affection et
de notre infinie reconnaissance.

A MA CHÈRE SŒUR

Hommage de sincère affection.

A MES FRERES

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA
Professeur de Clinique chirurgicale infantile
à la Faculté de Paris ;
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades ;
Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage respectueux.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ;

M. LE PROFESSEUR WIDAL
Médecin de l'Hôpital Cochin ;

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec ;

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BAUMGARTNER
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité ;

M. LE DOCTEUR CAUSSADE
Médecin de l'Hôtel-Dieu ;

M. LE DOCTEUR PARMENTIER
Médecin de l'Hôtel-Dieu ;

M. LE DOCTEUR O. MACE
Accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

AVANT-PROPOS

Arrivé aux termes de nos études nous sommes heureux de remercier nos maîtres et nos amis qui ont contribué à notre formation médicale.

C'est avec regret que nous nous éloignons de nos maîtres des Hôpitaux de Paris qui, bienveillants et dévoués, ont été des précieux guides du début de nos études. Nous leur devons à tous — pour l'intérêt qu'ils nous ont porté — un témoignage public de notre affection et de notre reconnaissance.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le Professeur Auguste Broca, à qui nous devons les documents de ce travail.

Nous lui garderons toujours une profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous témoigna au cours de notre trop court séjour dans son service, et nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Avant d'aborder le sujet qui nous occupe, il nous paraît nécessaire de rappeler quelques notions générales sur la polydactylie.

C'est une malformation congénitale caractérisée par une augmentation numérique des doigts. Ce sont des anomalies simples — qui bien qu'entraînant avec elles une difformité et des troubles fonctionnels — ne sont pas incompatibles avec la vie.

La polydactylie peut être la seule malformation que présente le sujet, rarement elle est associée ou combinée à d'autres anomalies congénitales (syndactylie, etc.)

Souvent ce vice de conformation des doigts est transmis par hérédité, et on a pu le suivre sans interruption pendant plusieurs générations.

Tantôt les doigts surnuméraires régulièrement conformés prolongent la série normale et munis de leurs tendons propres ne causent aucune gêne au malade. Tantôt ils possèdent un métacarpien isolé, tantôt ils s'articulent avec un métacarpien voisin.

Assez souvent les doigts surnuméraires sont irrégulièrement conformés, et alors on ne constate que

des appendices digitaux plus ou moins rudimentaires qui sont surajoutés à une main d'ailleurs bien développée.

Ces appendices digitaux se rencontrent soit sur le bord radial de la main, où ils constituent « le pouce surnuméraire », soit sur le bord cubital.

Tantôt ces doigts sont bien conformés — bien que plus petits qu'à l'état normal — ils possèdent un ongle régulier et un squelette complet; tantôt, au contraire, ils consistent en de simples appendices mous et pédiculés, une sorte de boule graisseuse, possédant à peine dans leur intérieur un noyau osseux ou cartilagineux.

Leur siège de prédilection est le bord interne de la première phalange du petit doigt.

Dans notre travail nous aurons à exposer deux variétés rares de polydactylie. Nous rapportons un exemple — illustré par les dessins et radiographie — qui prouve l'existence d'un septième doigt par gros orteil supplémentaire bilatéral.

L'intérêt de notre observation est de grande importance au point de vue pratique, comme M. le Professeur Broca a bien voulu nous le faire remarquer.

Il est bien évident que le chirurgien ne peut se comporter de la même manière en présence de chacune des diverses formes de polydactylie.

S'agit-il des doigts surnuméraires prolongeant la série normale et régulièrement conformés ? leur présence ne cause au malade aucune gêne et il ne saurait être question d'intervention chirurgicale.

Mais il en est tout autrement quand il s'agit des doigts situés en dehors de la série normale, de pouces, ou de petits doigts surnuméraires capables par leur présence de gêner les fonctions.

Nous rentrons, avec notre observation, dans cette seconde catégorie. L'intervention chirurgicale s'impose, et nous verrons au cours de notre description, au chapitre « Traitement », comment il faut procéder pour avoir de bons résultats définitifs.

SUR DEUX CAS DE POLYDACTYLIE

(Cinquièmes doigts et orteils avec gros orteil
supplémentaire)

M. le Professeur Broca a fait publier par notre collègue et ami Ornstein, deux observations de sexdigisme par bifidité de l'annulaire et de l'auriculaire; et dans un de ces cas où, comme cela est fréquent, la malformation portait sur les quatre extrémités, on voit par la radiographie les deux formes par bifidité s'arrêtant au métacarpien (c'était le cas aux pieds), ou par bifidité du métacarpien en fourche ou plutôt à excroissance latérale.

Ornstein ne s'est pas occupé de la polydactylie par doigt pourvu d'un métacarpien complet. Dans le cas qu'il a publié, le doigt supplémentaire est sûrement le plus interne, aux pieds aussi bien qu'aux mains, et cela paraît être le cas habituel. A la main en particulier, c'est au bord interne presque exclusivement que l'on voit quelquefois appendues les petites masses globuleuses, grosses comme un pois, capables même de tomber spontanément par rupture de leur mince pédicule, qui représente le premier degré de la ma-

formation. Ce pédicule s'insère à une hauteur variable du bord cubital de la main ou de l'auriculaire, et on peut admettre d'après cela des connexions possibles avec une phalange, avec le métacarpien, et considérer par conséquent que c'est une bifidité de l'une ou de l'autre des catégories précédentes. Mais comme cette petite boule graisseuse ne contient ni germe osseux, ni tendon, la radiographie ne permet de tirer aucune conclusion de valeur réelle.

Mais dans tous ces cas il y a un fait constant : le développement du doigt anormal, quel que soit le degré de son développement, au côté interne du cinquième doigt ou orteil.

C'est par là que mérite d'être signalée notre figure n° 5. C'est celle d'un garçon de 10 ans, qui avait six



FIG. 1 à 4. — Polydactylie chez un garçon de 8 mois.

FIG. 1 et 2 — Main gauche.

FIG. 3 et 4. — Main droite : auriculaire à trois phalanges sans métacarpien, sans syndactylie.

orteils, les deux derniers étant en syndactylie et un peu plus courts que normalement par rapport au quatrième.

Les autres membres étaient normaux. Comme les orteils étaient bien rangés, il n'y avait pas lieu de songer à une opération chirurgicale. Le pied fut radiographié seul, en sorte que nous ne pouvons dire si aux autres mains et pied il y avait quelque anomalie osseuse, pouvant être comme l'amorce d'une malformation non appréciable extérieurement.

Sur cette radiographie on voit que le doigt supplémentaire est dans l'espace interosseux et non, comme selon la règle, au bord péronier. Il est constitué par la moitié antérieure environ d'un métatarsien grêle qui se termine par une pointe postérieure indépendante du reste du squelette, et porte en avant une tête avec cartilage conjugal normal; en avant de lui sont les trois phalanges d'un orteil identique, au volume près, à celles des autres orteils.

Il y a une petitesse évidente des os de cet orteil supplémentaire.

Notre deuxième cas rentre pour les cinquième doigts et orteils dans la règle : la lésion occupe des quatre extrémités, et d'après l'aspect extérieur on est presque certain qu'il y a double doigt et orteil sur métacarpien et métatarsien unique (voir fig. 4 à 7).

C'est en effet ce que démontre la radiographie sur nos figures 6 à 9. A la main il y a dans les doigts, peu développés, qui sont symétriques, les trois germes osseux très grêles des phalanges correspondantes.

Tout le reste de la main, extérieur et squelette, paraît normal; l'ossification est bien celle d'un garçon de 8 mois.

L'état des pieds est plus intéressant. D'abord, au pied droit, les deux orteils externes sont unis en une masse bilobée qui s'écarte comme une fourche du quatrième orteil, et la radiographie prouve qu'il y a bifidité des deux dernières phalanges seulement, implantées sur une première phalange unique et de forme normale (fig. 6 et 8).

A gauche, au contraire, il y a un orteil supplémentaire complet qui, d'après le volume moindre des os, paraît être l'interne et non celui du bord péronier; ces deux orteils s'articulent avec la tête certainement élargie du cinquième métatarsien (fig 5 et 7).



FIG. 5 à 8. — Polydactylie et syndactylie.

FIG. 5-7. — Pied gauche : cinquième orteil supplémentaire sur une tête élargie de métatarsien unique.

A droite, FIG. 6. — Il n'y a que bifidité de phalange et phalange, phalange unique, syndactylie.

Des deux côtés, gros orteil supplémentaire. Noter le volume anormal du premier métatarsien.

Mais surtout on voit une forme plus rare de polydactylie par surnombre du gros orteil

Sur la photographie ici reproduite apparaît au bord interne du pied, à droite, comme à gauche, un gros orteil à peu près bien conformé extérieurement qui se dirige en avant et en dedans à 45° environ, se détachant nettement en arrière de la tête du métatarsien.



FIG. 9. — Cinquième orteil supplémentaire en syndactylie; au côté interne du cinquième normal (disposition rare) : métatarsien incomplet.

Lorsque l'on regarde la radiographie, on est d'abord frappé par le volume considérable du premier métatarsien, qui est unique, mais qui est très large, fortement convexe sur son bord interne, comme s'il était formé par fusion avec un métatarsien supplémentaire, aucune fourche, aucune dépression ne permettant d'ailleurs d'affirmer une semblable conclusion. On doit admettre qu'il n'y a qu'un seul métatarse, anormalement volumineux et massif, semblant déformé surtout par son bord interne.

Dans les orteils supplémentaires, qui s'implantent à peu près vers l'extrémité postérieure de ce métatarsien, on voit un germe phalangien à gauche et deux à droite. A gauche, par conséquent, c'est un degré de plus d'atrophie conduisant au cas extrême que nous avons signalé pour les petites boules graisseuses, enveloppées de peau, que l'on voit de temps à autre implantées au bord cubital de la main.

La forme extérieure dont nos dessins et radiographies permettent de juger est telle qu'avec certitude, dans un cas de ce genre, il faut amputer les organes supplémentaires : aux mains, les deux doigts forment au bord cubital des petits crochets disgracieux et gênants; au pied, le cinquième orteil gauche est dans le rang et ne gênera pas ultérieurement pour chausser l'enfant. Mais le cinquième orteil droit fait avec son voisin supplémentaire une fourche qui s'écarte du rang, de telle manière que la chaussure régulière serait impossible; et, en outre, aux deux pieds, la saillie interne des deux gros orteils supplémentaires, déviés en varus, augmenterait cette difficulté.

TRAITEMENT

La radiographie nous est fort utile pour nous montrer comment sont constitués les os et comment doit être faite leur ablation.

La règle générale, en effet, est de toujours procéder par désarticulation franche, en enlevant toute la partie ossifiable du doigt supplémentaire, car si on laisse une partie de la première phalange, dont le cartilage conjugal est supérieur (ou postérieur pour les orteils), il en peut résulter par accroissement ultérieur une petite saillie progressive pouvant arriver à être disgracieuse. Les anciens chirurgiens, comme Sédillot, avaient conseillé l'amputation dans la continuité de la phalange, au lieu de la désarticulation, dans le but de laisser intacte l'articulation voisine. Mais cette manière de faire a fourni un résultat tout d'abord imprévu; on a vu, en effet, le moignon osseux laissé en place augmenter de longueur; c'est ce qui a donné naissance à la fable de la repullulation des doigts surnuméraires après leur amputation (Rüdinger). « Des faits de cet ordre ont été rapportés par White et par Struthers. Chrétien est un des premiers qui a attiré sur ce sujet l'attention des chirurgiens en 1882.

Appelé auprès d'un enfant de dix ans qui portait un pouce surnuméraire, conique, pointu, Chrétien apprit qu'à l'âge de six mois l'enfant avait déjà subi l'amputation de ce même pouce. Après la cicatrisation de la plaie, il s'était formé sous la peau une plaque dure, et peu à peu le pouce avait augmenté de volume, au point d'atteindre environ deux centimètres. »

D'autres auteurs apportent des cas analogues. L'interprétation de pareils faits est facile à donner. Le moignon de phalange laissé en place renfermait évidemment un cartilage épiphysaire qui, peu à peu, est devenu le point de départ d'une nouvelle ossification.

Dans notre cas il est évident qu'aux deux gros orteils supplémentaires, à pédicule osseux fort peu développé, on n'est guère exposé à cet inconvénient, mais en regardant les radiographies des mains on se rend compte qu'un opérateur non averti ferait facilement une désarticulation interphalangienne au lieu de la désarticulation métacarpo-phalangienne, et que, par conséquent, on laisserait facilement la première phalange, qui est de beaucoup la plus petite des trois, dans le moignon. De même pour les gros orteils.

Aux mains, la désarticulation à faire est évidente, mais aux pieds, pour le cinquième orteil, on peut discuter un peu la question. En principe, on doit enlever un orteil ou un doigt, mais à droite il faut faire l'ablation des deux orteils supplémentaires (phalangine et phalangette), et même le mieux est d'amputer la pha-

lange unique qui les supporte, car l'orteil couplé forme tout entier une fourche.

Quant au pied gauche, quoique l'orteil le mieux développé soit le plus externe, c'est lui qu'il convient d'amputer, car il est fortement dévié en dehors et rentrerait difficilement dans le rang.

C'est ainsi que M. le Professeur Broca a opéré cet enfant à l'âge de 9 mois ; c'est en effet un âge où ces petites opérations, qui peuvent être toutes les quatre exécutées en quelques minutes, sont très bien supportées.

Elles se font très facilement avec un petit lambeau palmaire pour rejeter la cicatrice au dos de l'organe.

Notre observation entre dans la règle en ce sens que les doigts supplémentaires y étant hors du rang, la malformation n'est pas héréditaire et familiale : dans le cas de cette dernière catégorie, il est habituel que l'aspect soit, au nombre près, celui d'une main et d'un pied normaux.

L'association des deux surnombres à la fois, en dedans et en dehors, est fort rare.

CONCLUSIONS

1° Il y a des polydactylies par simple bifidité d'un doigt, le métacarpien correspondant étant unique, ou des deux phalanges seulement. Lorsque la malformation porte sur les quatre extrémités à la fois, ces deux formes peuvent être représentées.

2° Le cas habituel est le sexdigitisme, par sur-nombre des 5^e doigt ou 5^e orteil.

3° Dans des cas rares, dont nous rapportons un exemple, il peut y avoir un septième doigt par gros orteil supplémentaire bilatéral.

4° Les doigts et orteils hors rang doivent être amputés, et on aura soin de les désarticuler complètement pour ne pas laisser dans le moignon un noyau osseux susceptible d'allongement ultérieur.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
A. BROCA.

Vu et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.
